

Anni Mattila

SELVITYS KUNTOUTUSSUUNNITELMIEN LAADUSTA
SALON TERVEYSKESKUKSESSA

Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma

2014

SELVITYS KUNTOUTUSSUUNNITELMIEN LAADUSTA SALON TERVEYSKESKUKSESSA

Mattila, Anni
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
Marraskuu 2014
Ohjaaja: Leppänen, Erja
Sivumäärä: 27
Liitteitä: 2

Asiasanat: kuntoutus, kuntoutusprosessi, kuntoutussuunnitelma

Opinnäytetyön aiheena oli selvittää Salon terveyskeskuksen kuntoutustyöryhmän käsittelyyn tulleiden kuntoutussuunnitelmien laatua. Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan sekä yleisen keskustelun perusteella kuntoutussuunnitelmissa on edelleen puutteita. Tavoitteena oli selvittää onko suunnitelmissa puutteita ja minkälaisia.

Tutkimuskysymyksinä oli selvittää 1) Onko kuntoutussuunnitelmiin kirjattu oleelliset tiedot; kuntoutustarpeen perusteet, kuntoutuksen tavoitteet, kuntoutustoimenpiteet sekä aikataulu ja suunnitelma kuntoutuksen seurannasta? 2) Onko kuntoutussuunnitelmien laadinnassa hyödynnetty moniammatillista työryhmää?

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin kuntoutusta, kuntoutusprosessia, kuntoutussuunnitelmaa, toimintakykyä, kuntoutuksen tavoitteita, moniammatillista yhteistyötä, kuntoutussuunnitelmaa ohjaavaa lainsäädäntöä sekä aikaisempia tutkimuksia aiheeseen liittyen.

Tutkimusaineisto sisälsi 35 lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmaa, joiden laatua analysoitiin kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla.

Tutkimusten tulosten mukaan kuntoutussuunnitelmissa on edelleen puutteita, mutta vähemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Moniammatillisuutta oli hyödynnetty melko hyvin. Toimintakyvyn kuvaus oli keskimäärin niukkaa, mutta myös monessa suunnitelmassa hyvää. Suuressa osassa tavoitteet oli kirjattu heikosti tai ne puuttuivat kokonaan.

Moniammatillisen yhteistyön lisääminen entisestään voisi olla ratkaisu kuntoutussuunnitelmien laadun parantumiseen. Asiantuntijoiden erilaisista näkökulmista muodostuu uusi kokonaisnäkemys ja laaja-alainen kuntoutussuunnitelma. Esimerkiksi kuntoutustyöntekijät ovat ammattilaisia toimintakyvyn arvioimisessa ja tavoitteiden asettamisessa. Myös kuntoutussuunnitelmalomakkeissa on eroa. Esimerkiksi Kelan kuntoutussuunnitelmalomake on ohjaava, joten sen avulla kuntoutussuunnitelman laatiminen on helpompaa.

INVESTIGATION ON THE QUALITY OF THE PLANS OF REHABILITATION IN THE HEALTH-CARE CENTRE IN SALO

Mattila, Anni

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation counselling and planning

November 2014

Supervisor: Leppänen, Erja

Number of pages: 27

Appendices: 2

Key words: rehabilitation, process of rehabilitation, the plan of rehabilitation

The purpose of this thesis was to find out the quality of the plans of rehabilitation brought to the workgroup of rehabilitation in the health care centre in Salo. The old studies and general conversations show that there are still several shortages in the plans of rehabilitation. The goal was to find out are there shortages and what sort of.

The key questions of this thesis were: 1) Do the plans of rehabilitation include relevant information; the grounds of the need of rehabilitation, the goals of rehabilitation, the actions of rehabilitation, schedule and the plan of the control of the rehabilitation? 2) Has a multi-professional working group been utilized in making the plans of rehabilitation?

Theory part of this thesis addresses rehabilitation, the process of rehabilitation, the plan of rehabilitation, the ability to function, the goals of rehabilitation, the cooperation of multi-professional working group, legislation on planning of rehabilitation and earlier studies on the subject.

The material of this research includes 35 plans of rehabilitation. The quality of these plans was assessed by using both quantitative and qualitative methods.

The results of the research show that there are still shortages in the plans of rehabilitation, but not as much as before. Multi-professional cooperation was utilized quite well. The description of the ability to function was generally quite scarce, but also very good in many plans. The goals of the rehabilitation were missing in most plans.

Multi professional cooperation might be the answer when improving the plans of rehabilitation. By using different viewpoints of many specialists a new more complete understanding is formed and results in more extensive plans of rehabilitation. For example rehabilitation therapists are professionals in estimating the ability of function and in setting the goals. There are also great differences in planning forms. For example Kela (Social Insurance institution in Finland) has made a good form which is very guiding. This makes the compiling of the plans also easier.

SISÄLLYS

1 SUUNNITELMALLISUUS LISÄÄ KUNTOUTUKSEN	
TULOKSELLISUUTTA.....	5
2 KUNTOUTUS	6
2.1 Kuntoutusprosessi.....	6
3 KUNTOUTUSUUNNITELMA.....	7
3.1 Kuntoutussuunnitelman rakenne	8
3.2 Toimintakyky.....	9
3.3 Kuntoutuksen tavoitteet.....	9
3.4 Moniammatillinen yhteistyö.....	10
4 KUNTOUTUSSUUNNITELMAA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ	11
4.1 Terveystieteidenlaki.....	11
4.2 Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.....	11
4.3 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista ...	12
4.4 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.....	12
5 AIHEESEEN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA.....	13
5.1 VAKE-hankkeen yhteydessä tehty tutkimus kuntoutussuunnitelmista	13
5.2 Vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelma, velvollisuus vai mahdollisuus?...	14
5.3 Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt	15
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	16
6.1 Tutkimuskysymykset.....	16
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	17
7.1 Tutkimuksen aineisto.....	17
7.2 Tutkimusmenetelmä.....	17
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	18
9 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	20
10 POHDINTA.....	22
LÄHTEET.....	26
LIITTEET	

1 SUUNNITELMALLISUUS LISÄÄ KUNTOUTUKSEN TULOKSELLISUUTTA

Kuntoutus on usein pitkä ja monien eri toimijoiden yhteistyötä vaativa prosessi, joka edellyttää suunnitelmallisuutta. Suunnitelmallisuus lisää tuloksellisuutta, jonka vuoksi kuntoutussuunnitelma on tärkeä laatia. Kuntoutussuunnitelma laaditaan julkisessa terveydenhuollossa. (Reuter 2013)

Kuntoutussuunnitelma on monien lakien asettama velvoite ja virkavelvollisuus, mutta se ei ole vain paperi muiden joukossa, vaan se on kuntoutuksen toimintakenttä ja väline moneen tarkoitukseen. Ensinnäkin kuntoutussuunnitelma on väline, jolla pyritään turvamaan kuntoutujalle suunniteltu palveluketju. Toiseksi se on kuntoutusjärjestelmän ja asiakkaan välinen asiakirja, joka lujittaa asiakasyhteistyötä. Kolmanneksi kuntoutussuunnitelman tarkoitus on välittää tarpeellista tietoa kuntoutusjärjestelmien ja –organisaatioiden välillä, jolloin se on yhteydenpidon väline. Kun suunnitelma sisältää yhteisesti asetut tavoitteet, kuntoutuja sitoutuu suunnitelmaan paremmin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 197.)

Kelalla on lakisääteinen velvollisuus järjestää alle 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus, muutoin se on kunnallisen terveydenhuollon tehtävänä. Kuntoutussuunnitelmalla on keskeinen merkitys kun tehdään kuntoutuspäätöksiä ja toteutetaan kuntoutusta. Hyvä kuntoutussuunnitelma varmistaa, että kuntoutuja saa tarvittavan kuntoutuksen. (Paltamaa ym. 2009, 3853.)

Terveyskeskus huolehtii siis yli 65- vuotiaiden vaikeavammaisten sekä kaikenikäisten pitkäaikaissairaiden lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Salossa kuntoutussuunnitelmat toimitetaan terveyskeskuksessa toimivalle kuntoutustyöryhmälle, joka tekee päätökset kuntoutuksesta. Kuntoutustyöryhmälle tulevat kuntoutussuunnitelmat ovat laatineet useimmiten Salon terveyskeskuksen lääkärit, mutta joskus myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lääkärit.

Kuntoutus toteutetaan joko terveyskeskuksessa omana toimintana tai ostopalveluna yksityisellä palvelun tuottajalla. Opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuntoutustyöryhmän käsittelyyn tulleiden vaikeavammaisten ja pitkäaikaissairaiden asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien laatua. Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan sekä yleisen keskustelun perusteella kuntoutussuunnitelmissa on edelleen puutteita. Selvitetään onko suunnitelmissa puutteita ja minkälaisia. Lisäksi pohditaan miten kuntoutussuunnitelmien laatua voitaisiin parantaa ilman, että lääkärin työmäärä lisääntyisi.

2 KUNTOUTUS

Kuntoutus käsitteenä tarkoittaa asiakaslähtöistä ja kuntoutumista tukevaa toimintaa. Kuntoutuksella voidaan tarkoittaa järjestelmäkeskeisesti kuntoutujaan kohdistuvia toimenpiteitä tai asiakaskeskeisesti kuntoutumisen tukemista, jolloin kuntoutujan aktiivinen rooli on tärkeä. Kuntoutus on aina tavoitteellista toimintaa ja nykyään kuntoutuksen yleisiksi tavoitteiksi määritellään toimintakyvyn, työkyvyn ja hyvinvoinnin paraneminen, työllistyminen, itsenäinen selviytyminen, valtaistuminen, sosiaalinen osallistuminen ja elämäntilanteen hallitseminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 24, 29 & 30.)

2.1 Kuntoutusprosessi

Kuntoutukselle on ominaista pitkäjänteisyys ja prosessinomaisuus. Kuntoutusprosessi alkaa kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoittamisella. Seuraavaksi laaditaan kuntoutussuunnitelma ja sen pohjalta lähdetään kuntoutusprosessia toteuttamaan. Suunnitelma ohjaa kuntoutusprosessin etenemistä. Toteutuksen jälkeen on vuorossa kuntoutuksen arviointi. Vaiheet eivät kuitenkaan seuraa toisiaan peräkkäin vaan kuntoutusprosessi on jatkuvaa kuntoutustarpeiden ja voimavarojen sekä kuntoutuksen toimivuuden arviointia. Parhaimmillaan kuntoutusprosessi on hallittu toimenpidekokonaisuus, joka edellyttää joustavaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Lisäksi se edellyttää sekä kuntoutujan että eri toimijoiden sitoutumista kuntoutussuunnitelmaan ja kuntoutusprosessiin. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 31- 32.)

Sitoutumisen kannalta tärkeitä ovat kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteiset tilannearviot. Kuntoutusprosessissa voi korostua oman elämäntilanteen uudelleen määrittely, uusien voimavarojen etsiminen sekä uusien selviytymiskeinojen oppiminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 192.)

3 KUNTOUTUSSUUNNITELMA

Kuntoutussuunnitelman juuret ulottuvat 1970-luvulle, jolloin kehitysvammaisten erityishuoltolain ansiosta kuntoutuksen suunnitelmallisuus alkoi lisääntyä. Vähitellen kuntoutuksen suunnittelu lisääntyi ja 1990-luvulla suunnittelun merkitys korostui entisestään kuntoutuksen lakiuudistuksen tullessa voimaan. (Kari & Puukka 2001, 14.)

Kuntoutussuunnitelma on kuntoutuksen tärkein asiakirja, jossa on kuntoutuksen tavoitteet, keinot, palvelut, aikataulu ja vastuunjako. Kuntoutussuunnitelma on aina yksilöllinen, jolloin tavoitteet syntyvät kuntoutujan tarpeiden, voimavarojen, edellytysten ja elämäntilanteen kartoituksen pohjalta. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 32 & 34.) Tavoitteilla tulisi olla vastinetta elämäntavoitteille ja niiden tulisi olla arvokkaita kuntoutujalle, jotta kuntoutusmotivaatio säilyy kuntoutusprosessin ajan. Lisäksi tavoitteiden tulee olla realistisia, jotta kuntoutujasta tuntuu, että onnistuminen on todennäköistä. (Järvikoski & Härkäpää, 2011, 167.)

Kuntoutussuunnitelmat laaditaan julkisessa terveydenhuollossa. Vastuu on hoitavalla lääkärillä ja suunnitelma on tehtävä riittävän varhain. (Reuter 2013) Kari & Puukka (2001) totesivat tutkimuksessaan, että omalääkärijärjestelmä on mahdollistanut sen, että kuntoutussuunnitelman laatii lähes aina sama lääkäri ja se vaikuttaa suunnitelmien laatuun. Kuntoutuksen tukena toimivan kuntoutussuunnitelman laatiminen on vaativa tehtävä, jonka vuoksi sen tekemiseen on varattava riittävästi aikaa (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2001, 503).

Kuntoutussuunnitelma laaditaan aina yhdessä kuntoutujan kanssa ja mukana voi olla myös perheenjäseniä tai esimerkiksi työpaikan edustaja. Kun kuntoutuja on mukana kuntoutussuunnitelman laatimisessa, kuntoutujan motivaatio lisääntyy ja hän sitoutuu paremmin toimintaan. Lisäksi lääkäri tarvitsee usein moniammatillisen työryhmän apua. Työryhmään voi kuulua fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi, erikoislääkäri tai muu työntekijä. (Reuter 2013)

3.1 Kuntoutussuunnitelman rakenne

Kuntoutussuunnitelmasta pitäisi ilmetä:

1. Kuntoutustarpeen perusteet nykyisen elämäntilanteen pohjalta

- Sairauden tai vamman kuvaus ja lääketieteellinen haitta
- Hoitosuunnitelma
- Toimintakyvyn kuvaus ja toiminnallinen haitta
- Sosiaalinen tilanne ja sosiaalinen selviytyminen

2. Kuntoutukselle asetetut tavoitteet

- Osa- ja lopputavoite ja niiden realistiset mahdollisuudet

3. Suunnitellut kuntoutustoimenpiteet

- Toteuttaja ja toteutustapa
- Ohjaus, neuvonta ja yhteistyö
- Terapiat
- Kuntoutusjaksot
- Kuntoutusohjaus, apuvälinepalvelut ja sopeutumisvalmennus

4. Sosiaaliturva ja – palvelut

5. Suunnitelma kuntoutumisen seurannasta

- Toteutus ja aikataulu (miten ja milloin), vastuuhenkilö(t)

6. Yhteydenpito

(Järvikoski & Härkäpää 2011, 196 & Reuter 2013)

3.2 Toimintakyky

Toimintakyky on ihmisen selviytymistä hänelle tärkeistä jokapäiväisistä toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyvyn arvioinnissa tulisi huomioida toimintakyvyn eri ulottuvuudet; fyysinen, sosiaalinen, psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky. Fyysinen toimintakyky käsittää kyvyn suoriutua fyysisesti päivittäisistä toiminnoista, arjen askareista, vapaa-ajan vietosta, työstä ja opiskelusta. Sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyy sosiaaliset suhteet ja niiden sujuvuus, osallistuminen, vapaa-ajan vietto, sosiaaliset harrastukset ja elämän mielekkyys. Psyykkinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan ja psyykkiseen hyvinvointiin. Kognitiivinen toimintakyky käsittää mm. oppimisen, muistin, keskittymisen, toiminnanohjauksen, tiedon käsittelyn ja orientaation. Toimintakyvyn arviointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä, jossa tulisi hyödyntää sekä sosiaalityön, kuntoutuksen, hoitotyön että lääketieteen ammattilaisten asiantuntemusta. Asiakkaan oma arvio toimintakyvystään on oleellinen. (Laine 2014) Toimintakyky tulisi kuvata kuntoutussuunnitelmassa mahdollisimman kattavasti, koska sen pohjalta arvioidaan kuntoutuksesta saatava hyöty ja asetetaan kuntoutuksen tavoitteet (Kari & Puukka 2001, 29).

3.3 Kuntoutuksen tavoitteet

Kuntoutuksen tavoitteet laaditaan toimintakyvyn arvioinnin pohjalta ja asiakkaan kanssa yhdessä. Tavoitteiden tulee olla asiakkaalle merkityksellisiä, jotta ne kannustavat toimintakyvyn muutoksiin. (Laine 2014) Tavoitteiden laatimisessa voi käyttää apuna GAS-menetelmää. GAS- menetelmä (GAS = Goal Attainment Scaling) on lähtökohdaltaan asiakaslähtöinen. Kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija ja terapeutti auttaa tunnistamaan tavoitteet, joihin kuntoutuksen keinoin pystytään vaikuttamaan. GAS- menetelmän avulla kuvataan selkeitä ja merkityksellisiä asioita kuntoutujan elämässä. Asetettujen tavoitteiden merkitys vaikuttaa merkittävästi kuntoutujan motivaatioon ja sitoutumiseen. Hyvän tavoitteen asettamisen apuvälineenä voidaan käyttää ns. SMART- ideaa (Specific, Measurable, Achievable, Realistic/ Relevant, Timed). Tällöin tavoite on yksilöllinen, mitattavissa, saavutettavissa, realistinen ja mahdollinen aikatauluttaa. SMART-idean avulla tavoitteita pystytään määrittelemään yhdenmukaisesti. (Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula & Louhenperä 2010, 6-8.)

3.4 Moniammatillinen yhteistyö

Kuntoutuksen kokonaisuuteen kuuluu ihmisen fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn huomioiminen. Kokonaisvaltaisuuden toteutumisessa tärkeää on kuntoutujan läheisten mukaan ottaminen kuntoutusprosessiin sekä moniammatillinen yhteistyö. Kuntoutuksessa tarvitaan eri tieteenalojen asiantuntemusta ja moniammatillisen yhteistyön avulla kuntoutujan selviytymistä voidaan tukea laaja-alaisesti. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 31.)

Moniammatillisessa työskentelyssä eri alojen ammattilaiset toimivat yhdessä kuntoutujan asioissa ja heidän tulee osata jakaa toisilleen omaa osaamistaan ja tietämystään. Moniammatillinen yhteistyö on parhaimmillaan tasavertaista ja taitavaa vuorovaikutusta. Asiantuntijoiden erilaisista näkökulmista muodostuu uusi kokonaisnäkemys. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 37.)

Kuntoutussuunnitelmien laatiminen edellyttää etukäteen tehtyjä riittäviä moniammatillisia selvityksiä ja on tärkeää käyttää mahdollisimman yhdenmukaisia menetelmiä toimintakyvyn arvioinnissa. Moniammatillisten tiimien laatimat kuntoutussuunnitelmat on todettu paremmiksi kuin yksittäisten lääkärien laatimat suunnitelmat. (Paltamaa ym. 2009, 3860.)

4 KUNTOUTUSSUUNNITELMAA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ

4.1 Terveysthuoltolaki

Terveysthuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus, jos se ei ole Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Kunnan vastuulla on järjestää kuntoutuksesta ja hoidosta toiminnallinen kokonaisuus, joka edellyttää kirjallista kuntoutussuunnitelmaa. Lain mukaan kuntoutussuunnitelman pitää sisältää lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö. Jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu on epäselvää, kunnan on järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinällinen kuntoutus. (Terveysthuoltolaki 1326/ 2010, 29§)

Jos kuntoutusta ei ole säädetty kunnan tehtäväksi, kunnan tehtävänä on kuitenkin huolehtia siitä, että asiakas saa tietoa kuntoutusmahdollisuuksista ja hänet ohjataan oikeiden palveluiden piiriin. Palveluiden yhteensovittaminen määritellään asiakkaan kuntoutussuunnitelmassa. (Terveysthuoltolaki 1326/ 2010, 30§)

4.2 Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä

Lain tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut sekä edistää viranomaisten ja muiden laitosten ja yhteisöjen toimenpiteitä. Lisäksi lain tarkoituksena on edistää kuntoutujan asemaa ja osallistumista. Lain mukaan asiakasyhteistyöryhmä on tarvittaessa apuna kuntoutussuunnitelman laatimisessa. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003, 1§ & 7§)

4.3 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista

Tämän lain mukaan alle 65- vuotiaalla vaikeavammaisella kuntoutujalla on oikeus saada Kelan kautta työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeellista lääkinnällistä kuntoutusta. Lain mukaan vaikeavammainen määritellään niin, että hänellä on sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuva lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Lisäksi haitan tulee olla niin suuri, että se aiheuttaa suuria vaikeuksia selviytyä arkipäivän toiminnoista eri tilanteissa. Vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen tulee perustua kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelma laaditaan julkisen terveydenhuollon yksikössä, joka vastaa kuntoutujan hoidosta. Suunnitelma laaditaan yhdessä kuntoutujan tai hänen omaisensa kanssa vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Kuntoutussuunnitelma toimitetaan maksutta Kansaneläkelaitokselle. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/ 2005, 9§)

Kelan on järjestettävä vaikeavammaiselle kuntoutus- ja sopeutumisvalmennusjaksot, jotka hän tarvitsee. Kuntoutusjaksojen tulee olla yksilöllisesti suunniteltuja, joten ne perustuvat kuntoutussuunnitelmaan. Esimerkiksi avohoidossa toteutettavia kuntoutusjaksoja annetaan vain kuntoutussuunnitelmassa mainitun ajan. Lisäksi omainen tai muu läheinen voi osallistua Kelan järjestämään sopeutumisvalmennukseen tai perhekuntoutukseen, jolloin kuntoutussuunnitelmassa pitää perustella omaisen osallistuminen. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/ 2005, 10§)

4.4 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Tämän lain mukaan terveyden- tai sairaanhoitoa toteutettaessa on laadittava hoitoa, tutkimusta tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Suunnitelman tulee sisältää hoidon järjestäminen ja aikataulu. Lisäksi lain mukaan suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä tai laillisen edustajan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 4 a§)

5 AIHEESEEN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

Opinnäytetyön tutkimuksen aihe perustuu aikaisempien tutkimusten tuloksiin sekä yleiseen keskusteluun kuntoutussuunnitelmien huonosta laadusta. Tämän opinnäytetyön tuloksia verrataan jonkin verran aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin, joten seuraavaksi käsitellään tutkimuksia, joissa on analysoitu kuntoutussuunnitelmia.

5.1 VAKE- hankkeen yhteydessä tehty tutkimus kuntoutussuunnitelmista

Kelan toteuttaman VAKE-hankkeen (vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämis-hanke) yhteydessä tehtiin vuonna 2009 tutkimus, jossa analysoitiin vaikeavammaisten kuntoutuspäätöksiä ja kuntoutussuunnitelmien sisältöä ja laatua. Tutkimus sisälsi sadan vaikeavammaisen kuntoutujan kuntoutussuunnitelmat. Tutkimuksen tulosten mukaan kuntoutussuunnitelmat olivat laadultaan heikkoja ja antoivat huonosti tietoa kuntoutuspäätöksen tekemistä varten. Esimerkiksi yli puolessa kuntoutussuunnitelmista puuttui toimintakyvyn kuvaus ja tavoitteet. Kuntoutujan omia tavoitteita oli kirjattu vain 3 %:iin kuntoutussuunnitelmista. Kaikista kuntoutussuunnitelmista 91 % oli lääkärin yksin laatimia. Lääkärin lisäksi kuntoutussuunnitelmien laadintaan oli useimmiten osallistunut fysioterapeutti. Kuntoutussuunnitelmien heikosta laadusta huolimatta kuntoutujat olivat saaneet Kelasta yleensä myönteisen päätöksen etenkin avokuntoutuksesta. Puutteellisia kuntoutussuunnitelmia ei kuitenkaan ollut lähetetty laatijalle takaisin vaan Kelan päätöksissä oli käytetty kuntoutussuunnitelmien lisäksi apuna aikaisempia lausuntoja ja päätöksiä sekä asiantuntijalääkärien kommentteja. Puutteellisten suunnitelmien käsittely kuitenkin viivästyttää päätöksen saamista. Hyvä kuntoutussuunnitelma varmistaa Kelassa oikeudenmukaisen ja tasapuolisen päätöksenteon ja sen, että asiakas saa tarvitsemansa kuntoutuspalvelun. (Paltamaa ym. 2009, 3853- 60.)

5.2 Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma, velvollisuus vai mahdollisuus?

Karin ja Puukan (2001) tekemän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta varten laadittujen kuntoutussuunnitelmien sisältöä ja rakennetta. Lisäksi selvitettiin kuntoutussuunnitelmissa tapahtunutta muutosta vuosien 1992- 1998 aikana. Tutkimuksen kohderyhmänä oli 200 vaikeavammaisen kuntoutujan satunnaisotos.

Kuntoutussuunnitelmat olivat yleisesti ottaen sisällöltään niukkoja. Tietoja puuttui kokonaan tai tiedot oli kirjattu todella lyhyesti. Suunnitelmien sisällön laatu pysyi samanlaisena vuosien 1992- 1998 välillä, lukuun ottamatta suunnitelmien voimassaoloajan ja kuntoutustoimenpiteiden keston kirjaamisen parantumista. Tutkimuksessa havaittiin, että kuntoutussuunnitelmat kirjoitetaan vain Kelaa varten, muun palvelun tarpeen kuvaaminen oli puutteellista, samoin kuntoutuksen tarpeen ja tavoitteen määrittely. Tutkimuksen mukaan moniammatillisten tiimien laatimat suunnitelmat olivat parempia kuin lääkäreiden yksin laatimat suunnitelmat. Tutkimuksen johtopäätösten ja suositusten mukaan kuntoutussuunnitelman laatiminen pitää perustua kuntoutujan henkilökohtaiseen tapaamiseen. Kuntoutujan ja/tai omaisen pitää saada osallistua kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja tieto osallistumisesta pitää kirjata suunnitelmaan.

Kuntoutujan toimintakyvyn kuvaaminen on oleellista ja pelkkä fyysisen toimintakyvyn kuvaaminen ei riitä vaan pitää arvioida myös sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä. Seurantasuunnitelma tulisi laatia jokaiselle etenkin silloin kun kuntoutussuunnitelman voimassaoloaika on pitkä. Kuntoutussuunnitelmassa pitäisi näkyä kaikkien palvelujen tarve, kuntoutuspalvelujen kokonaissuunnitelma. Moniammatillisuutta tulisi lisätä suunnitelmien laatimisessa. Tutkimuksen kuntoutussuunnitelmista jää vaikutelma, että ne on laadittu vain lain asettamasta velvollisuudesta ja Kelan vaatimuksesta. Lähtökohtaisesti kuntoutussuunnitelmaa pitäisi tarkastella kuntoutujan näkökulmasta. Kuntoutussuunnitelman avulla kuntoutujalla on mahdollisuus osallistua kuntoutuksensa suunnitteluun ja ottaa vastuuta kuntoutuksen toteutumisesta. Suunnitelma toimii lisäksi yhteistyön välineenä kuntoutuksen eri toimijoiden kesken. Tutkimuksen mukaan kuntoutuksen toimijoiden välistä yhteistyötä pitää kehittää. (Kari & Puukka, 2001)

5.3 Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt

Nikkasen (2010) tekemän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumista. Tutkimusaineisto koostui 10 kuntoutujan ja 25 heidän palvelujärjestelmänsä toimijan haastattelusta. Tutkimuksen perusteella vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu on hyvin monimuotoista. Tutkimuksen mukaan kaikki kuntoutujat eivät olleet läsnä kun kuntoutussuunnitelmaa laadittiin. Suurin osa oli kuitenkin läsnä, mutta eivät välttämättä osallistuneet aktiivisesti vaan olivat enemmän myötäilijöinä. Kuntoutujan osallistumisen korostaminen edellyttää neuvottelevaa asiantuntijuutta, jossa hyväksytään tietämisen mahdollisuuden olevan sekä asiantuntijalla että asiakkaalla.

Tutkimuksen mukaan kuntoutussuunnitelman rakentumisen työmallit perustuivat neljään eri ryhmään; lääkärikeskeiseen sekä työnjakoon, ryhmätyöhön ja välittyneeseen tietoon perustuvaan malliin. Lääkärikeskeisessä mallissa lääkäri laati kuntoutussuunnitelman yhdessä kuntoutujan kanssa. Selosteessa todettiin, että käytäntö on toimiva, jos kuntoutuja on itse aktiivinen ja aikaisemmat kuntoutussuunnitelmat on laadittu laajasti. Muussa tapauksessa on vaarana, että kuntoutuja ei saa tarvitsemiaan kuntoutuspalveluja. Työnjakoon perustuvassa mallissa kuntoutuja tapaa eri ammattiryhmien edustajia, mutta eri aikaan ja tiedonvälitys tapahtui kirjallisesti. Tutkimuksen perusteella yleisimmin ja varsinkin erikoissairaanhoidossa käytettiin mallia, jossa keskeinen työntekijä kartoitti laajasti kuntoutujan tilanteen ja laati alustavan kuntoutussuunnitelman, jonka hän lähetti lääkärille allekirjoitettavaksi. Tämä malli vapautti kiireisen erikoislääkärin keskittymään muihin asioihin. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa oli käytössä myös ryhmätyöhön perustuva malli, jossa eri ammattiryhmien edustajat tapasivat kuntoutujan yhdessä. Tällöin heillä oli mahdollisuus yhdessä laatia laaja-alainen suunnitelma. Moniammatillisten tiimien tekemät kuntoutussuunnitelmat on todettu olevan parempia kuin yksittäisten lääkärin tekemät. Tosin moniammatillinen yhdessä työskentely on vaativaa ja aikaa vievää. Osa käytti myös välittyneeseen tietoon perustuvaa mallia, jossa asiantuntijoista koostuva kuntoutustyöryhmä käsitteli kuntoutussuunnitelmaa kirjallisen materiaalin perusteella. Keskeinen työntekijä oli tehnyt kuntoutussuunnitelman kuntoutujan kanssa ja kuntoutustyöryhmä käsitteli ja hyväksyi sen.

Nikkasen tutkimuksen perusteella kuntoutusohjaajat ovat keskeisessä roolissa kuntoutussuunnitelmien rakentumisessa ja tekevät eniten yhteistyötä muiden kanssa. Tutkimuksen kehittämisehdotuksissa sanottiin, että kuntoutussuunnitelmien laatimiseen tulisi varata riittävästi aikaa, kuntoutujan tarpeet tulisi huomioida laaja-alaisesti, kuntoutujan ensimmäinen kuntoutussuunnitelma tulisi laatia moniammatillisessa työryhmässä, kuntoutuksen suunnittelussa tulisi hyödyntää enemmän kuntoutusohjaajia ja yhdyshenkilöitä, moniammatillista yhteistyötä pitäisi lisätä kaikin puolin, toimintakyvyn arvioinnissa pitäisi huomioida kokonaistilanne ei pelkästään fyysistä puolta ja työntekijöiden tietoa kuntoutuksen mahdollisuuksista pitää lisätä. (Nikkanen 2010)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Salon terveyskeskuksen kuntoutustyöryhmän käsittelyyn tulleiden kuntoutussuunnitelmien laatua. Kuntoutustyöryhmään kuuluu tällä hetkellä kuntoutusyksikön osastonhoitaja, fysiatrian ylilääkäri ja fysiatriaan erikoistuva lääkäri. Työryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa. Vuosittain kuntoutustyöryhmä käsittelee noin sadan asiakkaan kuntoutuspäätökset. Tavoitteena on selvittää ilmeneekö kuntoutussuunnitelmista oleelliset tiedot ja ovatko ne kuntoutujan edun mukaisia. Lisäksi tavoitteena on selvittää onko kuntoutussuunnitelman laatimisessa hyödynnetty moniammatillista työryhmää ja millä tavalla.

6.1 Tutkimuskysymykset

1. Onko kuntoutussuunnitelmiin kirjattu oleelliset tiedot; kuntoutustarpeen perusteet, kuntoutuksen tavoitteet, kuntoutustoimenpiteet sekä aikataulu ja suunnitelma kuntoutuksen seurannasta?
2. Onko kuntoutussuunnitelmien laadinnassa hyödynnetty moniammatillista työryhmää?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimuksen aineisto

Tämän tutkimuksen aineisto sisältää 35 lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmaa, jotka on laadittu Salon terveyskeskuksen kuntoutustyöryhmän käsittelyä varten. Tutkimuksen kuntoutussuunnitelmat ovat olleet kuntoutustyöryhmän käsittelyssä ajalla 1.1- 30.6.2014. Kuntoutussuunnitelmista 34 kappaletta oli laadittu Effica- potilastietojärjestelmästä löytyvälle kuntoutussuunnitelmalomakkeelle. Yksi kuntoutussuunnitelma oli laadittu Kelan kuntoutussuunnitelmalomakkeelle (Ku 207). Lomake Ku 207 löytyy myös suoraan Effica- potilastietojärjestelmästä. Kuntoutussuunnitelmat siis tulostettiin potilastietojärjestelmästä, henkilötiedot poistettiin ja suunnitelmat numeroitiin.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni tutkimus on sekä kvantitatiivista (määrällistä) että kvalitatiivista (laadullista). Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus ovat lähestymistapoja, jotka täydentävät toisiaan. Tässä tutkimuksessa käytetään lähestymistapaa, jossa kvantitatiivinen vaihe edeltää kvalitatiivista vaihetta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 136-137.)

Kvantitatiivinen tutkimus toteutui kun kuntoutussuunnitelmista laskettiin ensin prosenttiosuudet eriteltyjen vaihtoehtojen mukaan. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyy kuntoutuksen perusteet, tavoitteet, kuntoutustoimenpiteet sekä aikataulu ja suunnitelma kuntoutuksen seurannasta. Kuntoutuksen perusteet sisältävät sairauden/vamman kuvauksen ja lääketieteellisen haitan, toimintakyvyn kuvauksen sekä sosiaalisen selviytymisen. Kuntoutussuunnitelmista siis selvitettiin ensimmäisen tutkimuskysymyksen perusteella:

- Onko sairauden/vamman kuvaus ja lääketieteellinen haitta kuvattu hyvin/ niukasti?
- Onko toimintakyvyn kuvaus hyvä/ niukkaa/ puuttuu kokonaan?
- Onko mainintaa sosiaalisesta selviytymisestä?

- Onko kuntoutukselle asetetut tavoitteet kuvattu hyvin/ niukasti/ puuttuu kokonaan?
- Onko suunnitellut kuntoutustoimenpiteet kirjattu hyvin/ epätarkasti/ puuttuu kokonaan?
- Onko suunnitelma ja aikataulu kuntoutuksen seurannasta kirjattu hyvin/ epätarkasti/ puuttuu kokonaan?

Toisen tutkimuskysymyksen perusteella selvitettiin:

- Onko kuntoutussuunnitelmien laadinnassa hyödynnetty moniammatillista työryhmää?

Määrällisen tutkimuksen jälkeen aloitettiin laadullinen sisällön analyysi ja tarkemmin ottaen teorialähtöinen sisällönanalyysi. Teorialähtöinen analyysi nojaa johonkin tiettyyn teoriaan tai malliin, joka tässä tapauksessa on suositus siitä, millainen kuntoutussuunnitelman tulisi olla. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysia ohjaa valmis kehys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97.)

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Suurimmassa osassa kuntoutussuunnitelmista sairaus/ vamma ja lääketieteellinen haikka oli kuvattu hyvin (83 %), mutta toimintakyvyn kuvaus oli monessa kuntoutussuunnitelmassa niukkaa (40 %) tai puuttui kokonaan (17 %). Kuitenkin 43 %:ssa kuntoutussuunnitelmista toimintakykyä oli kuvattu hyvin. Näistä 80 %:ssa oli hyödynnetty moniammatillisuutta. Eniten oli kuvattu fyysistä toimintakykyä ja erityisesti liikuntakykyä. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä oli myös kuvattu, mutta ei niin paljon.

Psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä kuvattiin vain vähän. Esimerkiksi kuntoutussuunnitelmista vain 14 %:ssa oli kuvattu paremmin sosiaalista selviytymistä. Sosiaalinen tilanne oli kuitenkin mainittu 60 %:ssa kuntoutussuunnitelmista.

Viidesosassa kuntoutussuunnitelmista kuntoutukselle asetetut tavoitteet oli kuvattu hyvin ja näiden kaikkien suunnitelmien laatimisessa oli ollut asiakas paikalla. Suurimmassa osassa (54 %) tavoitteet oli kuvattu niukasti. Neljäsosassa suunnitelmista puuttui tavoitteet kokonaan, vaikka näissäkin lähes puolessa oli ollut asiakas paikalla. Suunnitelmissa, joissa tavoitteet oli kirjattu, ne olivat kuitenkin lähes kaikissa yleisellä tasolla olevia, kuten; tavoitteena toimintakyvyn ylläpysyminen tai parantuminen / selviytyminen kotona/ laitoshoidon välttäminen/ liikuntakyvyn ylläpysyminen/ lihasvoimien ja tasapainon parantuminen/ omatoimisuuden lisääntyminen. Ne ovat hyviä tavoitteita, mutta hyvin laajoja, ei niinkään asiakaslähtöisiä tai mitattavissa olevia.

Kuntoutussuunnitelmista 63 %:a sisälsi hyvän suunnitelman kuntoutustoimenpiteistä ja keinoista. Kolmasosassa (34 %) suunnitelma oli epätarkka. Useimmiten puuttui suunnitelma terapian määrästä. Yhdestä kuntoutussuunnitelmasta puuttui suunnitelma kuntoutustoimenpiteistä kokonaan. Oli kirjattu kyllä, että asiakas tarvitsee kuntoutusta, mutta sitä ei voida laskea suunnitelmaksi. Suunnitelma ja aikataulu kuntoutuksen seurannasta oli kirjattu hyvin vain 23 %:ssa kuntoutussuunnitelmista. Suunnitelma löytyi, mutta oli epätarkka 11 %:ssa suunnitelmista. Näistä suurimmasta osasta puuttui aikataulu, vastuuhenkilöt oli yleensä mainittu. Suurimmassa osassa kuntoutussuunnitelmia (66 %) suunnitelma kuntoutuksen seurannasta puuttui kokonaan.

Moniammatillista työryhmää oli hyödynnetty 60 %:ssa kuntoutussuunnitelmista. Yleisimmin oli tehty yhteistyötä fysioterapeutin kanssa. Fysioterapeutti ei ollut läsnä minäkään kuntoutussuunnitelman laatimishetkellä, mutta lääkäri oli hyödyntänyt hyvin fysioterapeutin palautteita ja lausuntoja tai toimintakyvyn arviota tai muita tekstejä. Monessa kuntoutussuunnitelmassa oli viittaus Effica- potilastietojärjestelmän fysioterapia- lehdelle, mutta teksti puuttui kuntoutussuunnitelmasta.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen ennakkokäsitys oli, että kuntoutussuunnitelmissa on puutteita. Tutkimuksen tulosten mukaan puutteita on edelleen, etenkin tavoitteiden ja seurantasuunnitelman osalta, mutta myös toimintakyvyn kuvauksen osalta. Tosin toimintakyvyn kuvaus oli odotettua parempaa. Esimerkiksi VAKE- hankkeen yhteydessä tehdyssä tutkimuksessa yli puolessa kuntoutussuunnitelmista puuttui toimintakyvyn kuvaus ja tässä tutkimuksessa toimintakyvyn kuvaus puuttui vain 17 %:ssa suunnitelmista. Tuloksia ei voi tietenkään täysin verrata toisiinsa, sillä tämän tutkimuksen otos on reilusti pienempi. Tavoitehan tietenkin olisi, että toimintakyvyn kuvaus löytyisi kaikista kuntoutussuunnitelmista, sillä se on oleellinen tieto kun tehdään kuntoutuspäätöksiä tai arvioidaan kuntoutuksesta saatavaa hyötyä. Tämän tutkimuksen kuntoutussuunnitelmissa toimintakykyä oli kuvattu hyvin melkein puolessa, joka on edellisiin tutkimuksiin verrattuna hyvä tulos.

Sairaus/ vamma ja lääketieteellinen haikka oli siis kuvattu suurimassa osassa hyvin, koska se on lääkärin ominta aluetta. Kuitenkin 17 %:ssa lääketieteellinen haikka oli kuvattu niukasti, mutta näistä kolmasosassa oli toimintakyvyn kuvaus kuitenkin kattava. Suunnitelmissa, joissa toimintakyvyn kuvaus oli hyvää, oli suurimassa osassa moniammatillisuutta hyödynnetty. Moniammatillisen työryhmän hyödyn huomaa siis erityisesti toimintakyvyn kuvauksissa. Yllättävä tulos on se, että suunnitelmissa, joissa toimintakyvyn kuvaus on puuttunut kokonaan, asiakas on ollut kuitenkin näistä puolessa itse paikalla. Vaikuttaa siltä, että asiakkaita ei osata suunnitelman laatimishetkellä ottaa riittävästi huomioon, sillä asiakashan olisi oman elämänsä asiantuntija ja paras henkilö kertomaan omasta toimintakyvystään. Jos asiakas ei pysty itse asioitaan hoitamaan, omainen/läheinen tai hoitaja on tällöin mukana ja hän voi kertoa asiakkaan toimintakyvystä.

Toimintakyvyn kuvaus, huomioiden toimintakyvyn eri ulottuvuudet, on vaikeaa. Fyysisen toimintakyvyn kuvaus on helppoa, mutta sosiaalinen, psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky unohdetaan usein kuvata. Sen vuoksi toimintakyvyn arviointi ja kirjaaminen suunnitelmaan kannattaa tehdä moniammatillisesti.

Kuntoutussuunnitelmista siis 80 %:ssa tavoitteet oli kuvattu niukasti tai puuttuivat kokonaan. Efficapotilastietojärjestelmän kuntoutussuunnitelmalomakkeella on tavoitteiden kohdalla mahdollisuus rastittaa tavoite. (Liite 1) Alla on tilaa tekstille, mutta harvassa suunnitelmassa oli kirjattu tavoitteita erikseen. Rastitusmahdollisuus on huono, koska silloin laatijalle saattaa tulla sellainen olo, että se riittää. Jos tavoitteet oli kirjattu, ne olivat yleisellä tasolla olevia, laajoja tavoitteita. Tavoitteista huomasi selvästi, että vaikka kuntoutuja oli ollut paikalla, tavoitteet eivät olleet hänen omia tavoitteita. Tavoitteiden tulisi kuitenkin syntyä kuntoutujan tarpeiden pohjalta, niiden tulisi olla yksilöllisiä, realistisia ja kuntoutujalle arvokkaita. Tavoitteiden asettelussa lääkäri voisi hyödyntää kuntoutustyöntekijää, joka voisi kuntoutujan kanssa yhdessä laatia tavoitteet esimerkiksi GAS-menetelmän avulla.

Kuntoutussuunnitelmista kolmasosa sisälsi epätarkan suunnitelman kuntoutustoimenpiteistä ja keinoista. Useimmiten puuttui suositus terapian määrästä. Kuntoutustyöryhmä ei voi tehdä päätöstä ilman suositusta, joten tällöin kuntoutustyöryhmä yleensä pyytää viiden kerran arviointijakson terapeutilta. Puutteet kuntoutussuunnitelmassa hidasvat siis päätöksen tekemistä.

Suurimmasta osasta kuntoutussuunnitelmia puuttui siis suunnitelma kuntoutuksen seurannasta. Vaikuttaa siltä, että laatijat eivät koe sitä tärkeäksi tiedoksi, koska se jätetään tyhjäksi. Tyhjäksi jätetään myös usein kuntoutussuunnitelmatyöryhmän kokoonpano-kohta. Tutkimuksen suunnitelmissa vain 26 %:ssa oli tähän kohtaan kirjattu tieto moniammatillisuudesta, vaikka suunnitelmista kävi ilmi, että moniammatillisuutta oli hyödynnetty 60 %:ssa suunnitelmista. Kokoonpano-kohtaan oli kirjattu asiakkaan läsnäolo myös 26 %:ssa suunnitelmista, vaikka suunnitelmista kävi selvästi ilmi, että asiakas on ollut paikalla 66 %:ssa suunnitelmista.

Myös Paltamaa ym. totesivat tutkimuksessaan, että kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen on tärkeää, koska toiset lääkärit osaavat tarkemmin kirjata ja yhdistää tietoja kuin toiset. Esimerkiksi tutkimuksen mukaan tieto kuntoutujan tai moniammatillisen tiimin osallistumisesta suunnitelman laadintaan saattaa puuttua, vaikka osallistuminen olisi tapahtunut. Kirjattu tieto on päätöksenteon pohjana, joten sen kehittäminen on tärkeää. (Paltamaa ym. 2009, 3859.)

Lisäksi Paltamaan ym. (2009) tekemän tutkimuksen mukaan 91 % kuntoutussuunnitelmista oli lääkärin yksin laatimia. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulos on siltä osin parempi, sillä tutkimuksen suunnitelmista 40 % oli lääkärin yksin laatimia. Suunnitelmista huomasi selvästi, että kun kuntoutussuunnitelma laadittiin ensimmäistä kertaa, lääkäri oli laatinut sen asiakkaan kanssa ilman moniammatillista työryhmää.

Yksi kuntoutussuunnitelma oli siis kirjattu Kelan Ku 207- lomakkeelle. Kyseinen kuntoutussuunnitelma oli kaikista kattavin ja sisällöllisesti laadukkain. Lomake Ku 207 on ohjaava, joka helpottaa paljon suunnitelman laatijaa. Lomakkeessa jokainen kohta sisältää ns. muistilistan. Lisäksi lomake sisältää erillisen ohjeen, jossa on avattu muutamia lomakkeen kohtia. (Liite 2)

Myös Kela suosittelee, että vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmia laadittaessa käytetään Ku 207- kuntoutussuunnitelmalomaketta, joka on otettu käyttöön vuonna 2006. Lomake on ohjaava ja sen avulla suunnitelman laatiminen on helpompaa. (Paltamaa ym. 2009, 3859.) Varsinkin silloin kun kuntoutussuunnitelma laaditaan asiakkaalle ensimmäistä kertaa, kannattaa käyttää kyseistä lomaketta, koska sen avulla suunnitelmasta saa laadittua hyvän kokonaisuuden.

10 POHDINTA

Tutkimuksen kuntoutussuunnitelmissa oli aika hyvin hyödynnetty moniammatillisuutta, etenkin fysioterapeuttia. Fysioterapeutti ei ollut kuitenkaan suunnitelman laatimishetkellä paikalla, vaan tietoja oli hyödynnetty potilastietojärjestelmän fysioterapialehdeltä tai fysioterapiapalautteesta. Monessa suunnitelmassa oli vain viittaus fysioterapia-lehdelle esimerkiksi toimintakyvyn osalta, mutta tekstiä ei ollut siirretty kuntoutussuunnitelma-lomakkeelle. Kuntoutustyöryhmän päätösten valmistelijan työtä varmasti helpottaisi se, että kaikki tarpeellinen tieto olisi suunnitelmassa, jolloin tietoa ei tarvitse hakea monesta eri paikasta.

Kuntoutussuunnitelma- lomakkeessa on kohta, johon voi kirjata kuntoutussuunnitelma- työryhmän kokoonpanon. Joissakin suunnitelmissa oli tässä kohdassa maininta fysioterapeutista, mutta jäi epäselväksi, mikä osa suunnitelmassa olevasta tekstistä oli fysioterapeutin tekstiä. Jos esimerkiksi terapeutin tekstiä hyödyntää, kirjoittajan nimi olisi hyvä näkyä.

Nikkasen (2010) tutkimuksessa käsiteltiin erilaisia kuntoutussuunnitelman rakentumisen malleja. Työnjakoon perustuvassa mallissa kuntoutuja tapaa eri ammattiryhmien edustajia, mutta eri aikaan ja tiedonvälitys tapahtuu kirjallisesti. Näin oli selvästi toimittu jokaisessa tämän tutkimuksen suunnitelmassa, joissa moniammatillisuus tuli ilmi. Kyseisissä tapauksissa kuntoutuja oli jo aiemmin saanut kuntoutusta, jolloin terapiasuhde oli jo olemassa ja terapeutti tiesi valmistella palautteen kuntoutussuunnitelmaa/ kuntoutustyöryhmää varten. Jos kuntoutussuunnitelma laadittiin ensimmäistä kertaa, suunnitelma oli lääkärin yksin laatima. Kun suunnitelma laaditaan ensimmäistä kertaa, lääkäri voisi myös silloin tehdä yhteistyötä kuntoutustyöntekijöiden kanssa. Esimerkiksi fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta voisi pyytää toimintakyvyn arviota. Tällöin suunnitelman laatiminen on helpompaa ja varmistetaan, että suunnitelmasta tulee kattava ja kuntoutujan edun mukainen. Nikkasen (2010) tutkimuksen mukaan työnjakoon perustuvaa mallia voi käyttää myös toisella tavalla; keskeinen työntekijä kartoittaa laajasti kuntoutujan tilanteen ja laatii alustavan kuntoutussuunnitelman, jonka hän lähettää lääkärille allekirjoitettavaksi. Kyseinen malli vapauttaisi kiireisen terveyskeskuslääkärin keskittymään muihin asioihin, joten sitä voisi kokeilla terveyskeskuksessa.

Kuntoutussuunnitelmaa olisi varmasti antoisaa tehdä ryhmätyöhön perustuvan mallin pohjalta, jossa eri ammattiryhmien edustajat tapaavat kuntoutujan yhdessä. Tosin moniammatillinen yhdessä työskentely on vaativaa ja aikaa vievää, mutta asiakas hyötyisi siitä paljon ja se olisi asiakkaan edun mukaista. Joka tapauksessa kuntoutussuunnitelman laatiminen vie aina paljon aikaa ja aikaa sen tekemiseen tulisi varata riittävästi.

Jäin pohtimaan sitä, että tehdäänkö mahdollisesti Kelaa varten parempia ja tarkempia kuntoutussuunnitelmia kuin kuntoutustyöryhmää varten. Monessa oli viittaus esimerkiksi fysioterapia-lehdelle, koska laatija tietää, että kuntoutustyöryhmän päätösten valmistelija pääsee lukemaan tietoja Effica- potilastietojärjestelmästä.

Kelalle menevissä kuntoutussuunnitelmissa ei riitä pelkkä viittaus, vaan kaikki tarpeellinen tieto tulee löytyä kuntoutussuunnitelmasta. Näin tulisi olla myös kuntoutustyöryhmälle menevissä suunnitelmissa.

Tarkastelin lisäksi muutamia asioita, jotka eivät olleet tutkimuskysymyksinä. Esimerkiksi asiakkaan läsnäolo ei ollut tutkimuskysymyksenä, mutta halusin selvittää asiakkaan läsnäoloa liittyen tavoitteiden laatimiseen, toimintakyvyn kuvaukseen tai siihen kuinka hyvin asiakkaan läsnäolo muistetaan kirjata. Halusin myös selvittää sitä, kuinka paljon kuntoutussuunnitelmiin kirjataan tarpeetonta tietoa, kuten tietoa lääkityksestä. Kuitenkin kuntoutussuunnitelmista vain 23 %:a sisälsi lääkelistan. Huomasin myös, että muutamissa suunnitelmissa oli jopa liian tarkka selvitys sairaushistoriasta tai erittäin tarkka anamneesi. Se on tarpeetonta tietoa ja turhaa, jos sen kustannuksella jää toimintakyvyn kirjaaminen pois. Tarkastelin lisäksi sitä, näkyykö kuntoutussuunnitelmissa kaikkien palvelujen tarve eli kuntoutuspalvelujen kokonaissuunnitelma. Kokonaissuunnitelma oli kirjattu vain alle puoleen (46 %) kuntoutussuunnitelmista. Kuntoutustyöryhmän päätöksentekoa varmasti helpottaisi tieto asiakkaan kaikista kuntoutuspalveluista sekä harrastuksista, jolloin kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta hahmottuu paremmin.

Yleisvaikutelma kuntoutussuunnitelmista oli se, että ne olivat hieman sekavia. Tiedot eivät löytyneet niille tarkoitetuista kohdista ja joitakin asioita oli mainittu moneen kertaan. Toiset kuntoutussuunnitelmat olivat niukkoja ja toiset taas hyvinkin runsaita. Monesta suunnitelmasta puuttui selkeys. Kuntoutussuunnitelmista huomasin lisäksi selvästi sen, että ne on kirjoitettu vain kuntoutustyöryhmää varten. Suunnitelma tulisi nähdä enemmän asiakkaan näkökulmasta; se on yksilöllinen suunnitelma hänen kuntoutuksestaan, sisältäen tavoitteet, joita hän pitää tärkeänä ja joihin hän sitoutuu. Se ei ole asiakkaalle pelkkä paperi muiden joukossa, tai ei ainakaan pitäisi olla.

Salon terveyskeskuksessa laaditut kuntoutussuunnitelmat olivat kaikesta huolimatta keskimäärin laadultaan parempia kuin aikaisempien tutkimusten kuntoutussuunnitelmat. Moniammatillisuutta oli hyödynnetty ja toimintakykyä kuvattu odotuksia paremmin, mutta edelleen niissä on parannettavaa. Moniammatillista yhteistyötä tulisi lisätä edelleen. Moniammatillisesti kuntoutussuunnitelman laatiminen on helpompaa, toimintakyvyn kuvaaminen on laaja-alaisempaa ja kuntoutukselle pystytään asettamaan yksilölliset tavoitteet. Koska kuntoutus on aina tavoitteellista toimintaa, kuntoutuksen tavoitteita ei saisi jättää kuntoutussuunnitelmasta pois. Tutkimuksen kuntoutussuunnitelmista neljäsosasta puuttui tavoitteet kokonaan. Tavoitteet tulee aina laatia yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin on mahdollisuus asettaa tavoitteet, joilla on merkitystä asiakkaan elämässä. Sen lisäksi moniammatillisesti saadaan koottua tavoitteet, jotka ovat realistisia ja mitattavissa olevia.

Tämä tutkimus ei antanut merkittävästi uutta tietoa, mutta voidaan tehdä johtopäätös, että kuntoutussuunnitelmien laatu on kuitenkin koko ajan menossa parempaan suuntaan. Laadun parantuminen tapahtuu hitaasti, mutta varmasti. Myös asiakkaat tulevat vähitellen tietoisemmiksi siitä, mitä kuntoutussuunnitelmassa tulisi olla. Esimerkiksi Invalidiliitto on laatinut asiakasta ajatellen hyvän muistilistan kuntoutussuunnitelman laatimista varten, joka löytyy helposti internetistä Invalidiliiton sivuilta. Muistilistan avulla asiakas osaa varmasti paremmin osallistua kuntoutussuunnitelman laadintaan. (Invalidiliiton [www](http://www.invalidiliitto.fi)-sivut 2014)

Edellä mainittujen ehdotusten mukaisesti moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen entisestään olisi ratkaisu kuntoutussuunnitelmien laadun parantumiseen, sillä ei voida olettaa, että kiireinen terveyskeskuslääkäri ehdisi yksin laatimaan laaja-alaisen kuntoutussuunnitelman. Lääkäri voisi siis jakaa/ siirtää vastuuta kuntoutussuunnitelmien laatimisen suhteen sekä ensimmäisen kuntoutussuunnitelman että jatkosuunnitelman laatimisen yhteydessä. Ehdotus jatkotutkimusaiheeksi olisi kehittämistyö liittyen edellä mainittujen ehdotusten käytäntöön saamiseksi. Teoriassa tiedetään millaisia kuntoutussuunnitelmien pitäisi olla, mutta tiedon siirtyminen käytäntöön onkin paljon haasteellisempaa.

LÄHTEET

- Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. 2010. GAS- menetelmä, käsikirja. Kela. Viitattu 19.10.2014. <http://www.kela.fi>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Invalidiliiton www- sivut. 2014. Viitattu 26.10.2014. <http://www.invalidiliitto.fi>
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY
- Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. 2001. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim
- Kari, A. & Puukka, P. 2001. Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma- velvollisuus vai mahdollisuus? KELA, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 44. Turku: Kela
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY
- Laine, K. 2014. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 19.10.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja>
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista. 2005. L 15.7.2005/566. Viitattu 24.8.2014. <http://www.finlex.fi>
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. 2003. L 497/2003. Viitattu 24.8.2014. <http://www.finlex.fi>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 17.8.1992/785. Viitattu 17.10.2014. <http://www.finlex.fi>
- Nikkanen, P. 2010. Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 71. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Viitattu 27.9.2014. <https://helda.helsinki.fi>.
- Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Viitattu 27.9.2014. <https://helda.helsinki.fi>
- Paltamaa, J., Knuuttila, P., Peurala, S., Sjögren, T., Suomela-Markkanen, T. & Heironen, A. 2009. Kelan kuntoutuksen piirissä olevien vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmissa on suuria puutteita. Suomen lääkärilehti 45, 3853- 60.
- Reuter, A. 2013. Kuntoutussuunnitelma. Viitattu 13.6.2014. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma>

Terveysturvtolaki. 2010. L 30.12.2010/1326. Viitattu 24.8.2014. <http://www.finlex.fi>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Lähettilä yksikö
Puhelin
Osoite

KUNTOUTUSSUUNNITELMA

1/2

Ajaksi

1. KIINTOUTU- TUUN HENKILÖ- TIEDOT	Suku- ja etunimet Osoite Asuinalue Henkilötunnus Kuntoutettava on oireissaan tai pitkäaikaisessa lääkityksessä <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei
2. KIINTOUTU- TUUN PERIIS- TEET	<input type="checkbox"/> Vammaispalvelulaki 380/87 <input type="checkbox"/> Terveydenhuoltolaki (THL) 30.12.2010/1326 <input type="checkbox"/> Kelen kuntoutuslaki 245 ja asetus <input type="checkbox"/> Rintamaveteraanien kuntoutuslaki 1184/88 Kuntoutuja saa hoito- tai vammaistukea <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Lääkeshoidon väkijärjestelmä <input type="checkbox"/> Toimintakyvyn ylläpito <input type="checkbox"/> Verkkoystävällisyys
3. TAUSTA- TIEDOT	Toiminnallinen ja lääketieteellinen historia, psyyke-sosiaaliset taustatiedot ja diagnoosi
4. TAVOITE	Selviytymisen parantaminen <input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Koulussa <input type="checkbox"/> Työelämässä <input type="checkbox"/> Muussa elämän tilanteessa Arvio mahdollisuuksista ja välittävyydestä

KUNTOUTUSSUUNNITELMA
vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta varten

ajalle _____ - _____

Kuntoutussuunnitelma on

☐ ensimmäinen ☐ jatko

☐ tarkistus

Henkilötunnus

Lomakkeen täyttöohjeet sivulla 4.

1
KUNTOUTUJA

Kuntoutujan nimi

Osoite

Puhelinnumero

Asuinkunta

Kuntoutujan asioita hoitavan henkilön nimi

Puhelinnumero

Osoite

2
SAIRAUS-
TIEDOT

Kuntoutustarpeeseen vaikuttavat sairaudet painotetussa tärkeysjärjestyksessä ja ICD-tautiluokituskoodit

Kuntoutuksen kannalta keskeiset leikkaus- ja lääkehoidot, jotka vaikuttavat kuntoutussuunnitelman sisältöön tai ajoittuvat suunnitellun kuntoutuksen kanssa samalle ajalle

3
MUU KUIN
KELAN
JÄRJESTÄMÄ
TOTEUTUNUT
KUNTOUTUS

Aikaisemmat kuntoutustoimenpiteet ja järjestäjätahot. Miten kuntoutus on vaikuttanut selviytymiseen arjessa: toiminta-, työ- ja opiskelukyky, sosiaalinen ja psyykkinen selviytyminen? Miten kuntoutus on tukenut lapsen kehitysmahdollisuuksien saavuttamista?

4
MUIDEN
TAHOJEN
JÄRJESTÄMÄT
PALVELUT
Ks. ohje kohta 4

Vammais- ja kotipalvelut. Lapsille tarjotut päivähoidon ja koulun palvelut

5
TOIMINTA-
KYKY JA
SOSIAALINEN
TILANNE

Toiminta- ja työkyvyn kuvaus: perustoiminnot, liikkuminen, kommunikointi, psyykinen tila, työ, opiskelu, koulunkäynti, apuvälineet. Käytetyt toimintakykymittarit; ks. ohje kohta 5
Miten sairaus tai vamma aiheuttaa rasitusta ja avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa sekä työssä, opiskelussa tai koulunkäynnissä?

6
KUNTOUTUK-
SEN
TAVOITTEET
Ks. ohje kohta 6

Päivittäisissä toiminnoissa selviytymisen tavoitteet ja mahdolliset osatavoitteet. Lapsilla erityiset kehitysvaiheeseen ja kehitysmahdollisuuksiin liittyvät tavoitteet
Työelämässä pysymisen, opiskelun tai koulunkäynnin tukeminen sekä itsenäisen selviytymisen tukeminen kotona
Kuntoutujan ja perheen sitoutuminen tavoitteisiin

7
KUNTOUTUS-
SUUNNITEL-
MAN SISÄLTÖ
Ks. ohje kohta 7

Suosittelua lääkinällinen kuntoutus. Perustelut eri kuntoutusmuodoille, kotikäynneille ja omaisen tai läheisen osallistumiselle
a) Terapian nimi, käyntikerrat yhteensä vuodessa, käyntitiheys viikossa, käyntikerran pituus, kotikäynnit ja yhteisneuvottelut
b) Yksilöllinen laitosjakso: ajoitus ja kesto
c) Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssi
d) Omaisen tai läheisen osallistuminen kuntoutukseen, omaisen tai läheisen ohjauskäynnit

Suunnitelmaa tehtäessä käytössä olleet lausunnot (liitetään tarvittaessa kuntoutussuunnitelmaan)
☐ fysioterapeutin ☐ toimintaterapeutin ☐ puheterapeutin ☐ psykoterapeutin ☐ psykologin
☐ sosiaalityöntekijän ☐ muun, kenen?

8
SEURANTA
Ks. ohje kohta 8

Kuntoutussuunnitelman toteutumisen seuranta ja tarkistusajankohdat

9
KUNTOUTUS-
SUUNNITEL-
MAN
LAATIMISEEN
OSALLISTUJAT

Kuntoutuja/omainsen sekä muut työryhmän jäsenet ja heidän ammattinsa

10
ALLE-
KIRJOITUS

Päiväys ja kuntoutussuunnitelman laatineen lääkärin allekirjoitus ja nimen selvennys sekä hoidosta vastaava yksikkö

Yhteyshenkilön nimi, osoite ja puhelinnumero sekä sähköpostiosoite

VAIKEAVAMMAISEN LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

Kela järjestää vaikeavammaiselle henkilölle, joka ei ole julkisessa laitoshoidossa, työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeellista lääkinällistä kuntoutusta. Kelan lakisääteinen velvollisuus järjestää vaikeavammaisen kuntoutus päättyy henkilön täytettyä 65 vuotta.

Kelan kuntoutuslain (566/2005) 9 §:n mukaan vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen tulee perustua kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelman laatii kuntoutujan hoidosta vastaava julkisen terveydenhuollon yksikkö, ja laatimiseen osallistuu myös kuntoutuja taikka hänen omaisensa tai muu läheisensä. Suunnitelma tehdään vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi.

Suunnitelman laatijana ei voi olla taho, joka samalla toimii suunnitellun kuntoutuksen palveluntuottajana. Suunnitelma toimitetaan maksutta Kelan toimistoon ja siitä lähetetään kopio kuntoutujalle.

Vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämisen perusteena on vähintään Kelan myöntämä korotettu hoitotuki tai vammaistuki sekä sairauden tai vamman aiheuttamat huomattavat vaikeudet ja rasitukset päivittäisissä toiminnoissa.

Lomakkeen kohta 4, Muiden tahojen järjestämät palvelut

Kuntoutustarpeen arvioimiseen ja kuntoutuksen tavoitteisiin vaikuttavat vammais- ja kotipalvelut, esimerkiksi asunnon muutostyöt ja kuljetuspalvelut.

Lapsille tarjotut päivähoito ja koulun palvelut, esimerkiksi avustaja, erityisopettaja tai erityisopetus.

Lomakkeen kohta 5, Toimintakyky ja sosiaalinen tilanne

Kuvauksessa ilmoitetaan tulokset niistä keskeisistä mittareista, esimerkiksi FIM, PCA ja neuropsykologiset tutkimukset, joiden avulla kuntoutujan toimintakykyä on arvioitu.

Lomakkeen kohta 6, Kuntoutuksen tavoitteet

Keskeisiä ovat kuntoutujan oma tavoite sekä kuntoutujan ja perheen sitoutuminen suunnitelman tavoitteisiin.

Lomakkeen kohta 7, Kuntoutussuunnitelman sisältö

Terapioissa ilmoitetaan vuotuiset käyntikerrat, viikoittainen käyntitiheys ja käyntikerran pituus minuutteina (30, 45, 60, 75, 90 tai 120 min) sekä terapian toteuttaminen kokonaan tai osittain kotikäynteinä ja päiväkodissa.

Lisäksi ilmoitetaan omaisen tai muun läheisen ohjaus- ja tukikäyntien tarve ja lukumäärä sekä terapeutin osallistuminen asiantuntijana kuntoutussuunnitelman laatimiseen.

Yksilöllisissä kuntoutuslaitosjaksoissa ilmoitetaan jakson kesto ja ajoitus sekä tiheys seuraavan vuoden aikana. Kuntoutuslaitosjaksot kestävät pääsääntöisesti vähintään 18 arkipäivää, ja ne koostuvat yhdestä tai useammasta jaksosta. Jos kuntoutujan yksilöllinen tarve vaatii, voi jakson kokonaiskesto olla lyhyempi.

Jos kuntoutussuunnitelma perustuu erillisiin lausuntoihin tai palvelusuunnitelmaan, liitetään ne tarvittaessa kuntoutussuunnitelmaan.

On tärkeää ilmoittaa perustelut eri kuntoutusmuodoille, kotikäynneille ja omaisen osallistumiselle eli kuvata, miten eri kuntoutustoimenpiteiden odotetaan vaikuttavan työ- tai toimintakyvyn tavoitteiden saavuttamiseen ja miten omaisen osallistuminen edistää tavoitteiden saavuttamista.

Lomakkeen kohta 8, Seuranta

Ilmoitetaan kuntoutussuunnitelman toteutumisen seurannasta vastaavat tahot ja seurannan ajankohdat sekä seurannassa erityisesti huomioon otettavat asiat. Aika seuraavan kuntoutussuunnitelman tekemiseksi tulee varata riittävän ajoissa, ennen kuin voimassa oleva suunnitelma päättyy.